|  |  |
| --- | --- |
|  | **苏州高新区人民医院** 项目报价单 |
| **响应日期：2025年 月 日** |
| 客户单位 | 单位：苏州高新区人民医院 | 联系人： | 杨老师 | 联系方式： | 0512-69585039 |
| 响应单位 | **报价单位（盖章）：** |
| **联系人：** |  |  |  | **联系方式：** |  |
| **序号** | **货物名称** | **数量** | **单位** | **单价（元）** | **小计（元）** | **响应设备品牌、型号** |
|
| 1 |  | 1 | 套 |  |  |  |
| 合计金额： | 人民币大写： （ Ұ ） |
| 质保期： |  年 |
| 承诺交付周期为： |  天 |
| 耗材价格（第三标段填写）： |  |
| 备注： |  |  |  |  |  |  |
|  以上报价格为一次不可更改的价格，报价包括完成项目所需的货物、人工、税费、交通、保险、利润等一切费用； |